

## 特定医療費支給認定申請書（新規用）

公費負担者番号	5	4	1	4	受給者番号																	
※太枠内を記入(口がある箇所は該当する場合にチェック)をしてください。																						
患者に関する事項	フリガナ													生年月日	令和・平成	年	月	日	昭和・大正			
	氏名																					
	日中連絡がとれる電話番号	①											②									
	住所	〒 - 横浜市 区																				
	過去の受給歴	<input type="checkbox"/> 初めての申請 <input type="checkbox"/> 過去に受給していた(受給自治体 受給者番号 )																				
	患者の住民税課税自治体 (横浜市外課税者のみ記載)	都・道・府・県 市・区・町・村																				
申請する指定難病の疾病名	添付の臨床調査個人票または前自治体の受給者証に記載のとおり																					
送付保護先者	登録種別	<input type="checkbox"/> 送付先 <input type="checkbox"/> 保護者(患者が未成年の場合のみ)												日中連絡がとれる電話番号								
	フリガナ													宛先	〒 - 続柄							
有効期間申告事項	特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	臨床調査個人票の診断年月日	年 月 日																			
	1か月以上の有効期間遡りを希望する理由	<input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため																				
		<input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため																				
		<input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため																				
同意選択事項	↓以下に同意する場合には口に✓を入れてください																					
	<input type="checkbox"/> 申請に係る自己負担上限月額算定に必要な個人情報確認 横浜市長あて 私は特定医療費（指定難病）助成制度の申請に係る自己負担上限月額判定に必要な個人情報（患者本人および裏面に記載した支給認定基準世帯員についての住民税課税状況、生活保護受給情報、遺族年金障害年金受給情報等）について横浜市が確認することに同意します。																					
署名欄	横浜市長あて 私は、この申請書に記載された内容が申請日時点の情報と相違ないことを確認し、横浜市へ特定医療費（指定難病）助成制度支給認定を申請します。また、本申請から変更が生じた場合には速やかに変更の届出を行います。特定医療費の支給を受けるにあたり必要があるときは、横浜市が患者の加入する健康保険者に情報を提供するとともに、報告を求めることに同意します。																					
	申請日	年 月 日																				
氏名 (患者が未成年の場合は保護者氏名)																						

区役所受付印

福祉保健センター使用欄

健康福祉局受付印

要確認	臨床調査個人票	保険証	受給者証	軽症高額	高額かつ長期
	税証明	個人番号の確認方法			生保
の該	番号カード・通知カード+本確( )				
	他の特定医療費	小児慢性疾患	障害年金等	海外在住証明	
当					
み者					

※裏面も必ずご記入ください

※太枠内を記入(口がある箇所は該当する場合にチェック)をしてください。

健康保険証の事項	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 (神奈川県国民健康保険など)				
	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 (神奈川県後期広域連合など)				
	<input type="checkbox"/> 国民健康保険組合 (医師国保、建設国保など)		※課税(非課税)証明書が必要な場合があります		
	<input type="checkbox"/> 被用者保険 (協会けんぽ、健康保険組合、共済など)		※課税(非課税)証明書が必要な場合があります		
記号		番号			
被保険者氏名	<input type="checkbox"/> 添付資料(保険証の写し、資格確認書の写し等)のとおり		被保険者の 住民税課税自治体 (横浜市外課税者のみ記載)	都・道 府・県	市・区 町・村

支給認定基準世帯員兼同意選択事項署名欄	1	フリガナ		続柄	生年月日	令和・平成	年	月	日
		氏名				昭和・大正			
	2	フリガナ		続柄	生年月日	令和・平成	年	月	日
		氏名				昭和・大正			
3	フリガナ		続柄	生年月日	令和・平成	年	月	日	
	氏名				昭和・大正				
4	フリガナ		続柄	生年月日	令和・平成	年	月	日	
	氏名				昭和・大正				
※1:支給認定基準世帯員のうち市外在住者(海外を含む)がいる場合は、上記表の該当する方の番号(①～⑤)及び在住している市区町村または国名を記載してください。									

全員確認が必要な事項	↓以下に該当する場合には、口に✓をしてください。✓がない場合には該当なしとして取り扱います。	
	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当基準 疾患ごとに定められた認定基準のうち、診断基準は満たすが重症度基準を満たさない場合であって、申請をした日の属する月を含む過去12か月(発症日が申請日から過去1年未満の場合は、発症日から)において、月ごとの医療費総額(10割分)が33,330円を超える月が3か月以上ある場合は公費助成の対象となります。
	<input type="checkbox"/>	高額難病治療継続 申請をした日の属する月を含む過去12か月(もしくは、支給認定を受けた日以降の医療費)において、月ごとの医療費総額(10割分)が5万円を超える月が6か月以上ある場合、住民税課税世帯は自己負担上限月額が軽減される制度です。
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器装着 臨床調査個人票において「装着の有無:あり」「離脱の見込み:なし」「施行状況:一日中施行」「生活状況:全ての項目において部分介助または全介助」にチェックがある場合が対象となります。
	<input type="checkbox"/>	生活保護受給
<input type="checkbox"/>	臨床調査個人票の研究同意 厚生労働大臣あて 私は、別紙の説明を読み、指定難病の医療費助成の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意します。	

※以降は、該当する場合のみ記入してください。

該当者のみ記載する事項	氏名		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号	
	氏名		<input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性	受給者番号	
患者本人(患者が未成年の場合は保護者)が昨年(申請日の前年1～12月)に右記の障害年金・遺族年金・その他の給付金を受給した場合		年金給付金の制度種類	障害年金・遺族年金・その他の給付金( )		
		支給機関	日本年金機構・その他( )		